



2105 200 500 ■ www.msf.gr

Ξενίας 15 /11527 Αθήνα, Fax 210 5 200 503

**Μόνο με τη δική σας συμβολή
συνεχίζουμε να σώζουμε ζωές**

Πάγια Τραπεζική Εντολή Άμεσης χρέωσης Προς τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα

Κωδικός υποστηρικτή:
(αν υπάρχει)

Όνομα και επώνυμο υποστηρικτή: _____

Οδός: _____ Αριθμός _____ ΤΚ: _____

Πόλη: _____ Κινητό: _____ Τηλέφωνο Οικίας: _____

Email: _____ Ημερ/νία Γέννησης: ____ / ____ / ____

Επάγγελμα: _____

Τράπεζα: _____

IBAN λογ/μού: **GR**

Συχνότητα και Ποσό Σταθερής Υποστήριξης

Κάθε:

Μήνα Τρίμηνο Εξάμηνο Έτος

Ποσό:

€10 €20 €30
 €50 €100 Άλλο ποσό.....

Έναρξη χρέωσης*

____ / ____ / ____

(*τουλάχιστον 5 εργάσιμες μέρες μετά την ημ/νία υπογραφής)

Όνοματεπώνυμο:

Ημ/νια Υπογραφής: ____ / ____ / ____

Δεν επιθυμώ να λαμβάνω έντυπη ενημέρωση από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα.

Δεν επιθυμώ να λαμβάνω ηλεκτρονική ενημέρωση από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα.